

また、本事業を施行するには、莫大な予算が必要です。予算がない事業は成功しませんし、財政の裏付けがない机上の論だけでは、本事業の実情は変わります。家を立てようとした資金が半分になれば家の形、中身が全く別物になってしまうのと同じです。第三次試案には財源とその規模や裏付けがありません。調査チームの人員確保方法や財源を明確にすべきです。

警察、検察は法案ができれば、その法文に従って動く事が仕事ですから、警察、検察が良し悪しの問題ではありません。従って、医療事故や事故隠蔽にあわれた患者さんのお気持ちは解りますが、以上述べた理由から、第三次試案は健全な調査委員会でもなく、患者さんの知りたい事実も充分に出てこなくなる可能性もあり、患者さんの為にもなりません。第三次試案は実現性も低く、現場から乖離した法案なので、もし無理に施行すれば、医療の崩壊、すなわち、患者さんが健全な医療を受ける権利すら奪われる状態となり、この面からも患者さんの為にもなりません。

従って、現時点では現在全国大学附属病院が行っている調査委員会を利用し、また、各病院や都道府県で行っている患者さんからの医療に関する疑問受付制度を利用し、医療事故の事故調査・公表・予防を行う事が患者さんにとって良いと考えます。健全な医療を行う為にも、現在大学附属病院が行っているような制度を強化し、その制度が機能していない場合に、当委員会のような独立した機関が行政処分できる制度を作成した方が現実的であるので、その普及の推進を要望致します。

「まとめ」

第三次試案の内容には、事故調査と、患者さんが医療内容を知りたいという願望、という2つの異なるカテゴリーが混在しています。この、カテゴリーが異なる2つの事物が混ざった法案は、一見2つの目的に目を配っているように見えますが、結局両方を満足できないと考えます。

きちんとした事故調査と、事故の内容を患者さんに開示する事とは別にすべきです。別にした方が患者さんの為にもなりますし、2つの目的を十分に達成できます。事故調査と患者さん救済制度は分ける事を提言致します。

「要望」

1 犯罪ではない医療事故を刑事罰から完全に外す制度にして頂きたい。犯罪以外の医療行為で死亡した場合に刑事罰として調査している国家は、米国を始め文化国家にはありません。従って、明らかな犯罪行為には刑事免責はありませんが、医療行為で死亡した場合には、そこに過誤や過失があれば、刑事裁判ではなく、行政処分や民事裁判で取り扱えるような制度にする事が、患者さんが知りたい原因を明らかにするためにもなりますし、適切な医療を受ける為にも重要です。本第三次試案の『はじめに』に書かれている内容を実現する為には、検察庁や警察との合意文書を作成して頂きたい。

2 重大な過失等の内容の定義をもっと工夫して、患者さんも医療側も健全な医療ができるよう、明らかに文章化して頂きたい。

3 医療安全委員会の構成は、世界基準で作成すべきです。調査委員会は、科学的な調査を行う事が患者さんの希望をかなえる最も適切な委員会になるので、専門家で構成し、かつ独立性を持たせて頂きたい。そのほうが、調査がきちんとでき、患者さんの為にもなります。第三次試案は患者さんの為にはなりません。

4 医師法21条は第三次試案でも述べているように、犯罪だけを警察に届け出るように戻して頂きたい。

5、調査チームの人員確保方法や財源を明確にすべきです。

6、現時点では現在全国大学附属病院が行っている調査委員会を利用し、また、各病院や都道府県で行っている、患者さんからの医療に関する疑問受付制度を利用し、医療事故の事故調査・公表・予防を行う事が患者さんにとって良いと考えます。健全な医療を行う為にも、現在大学附属病院が行っているような制度を強化し、その制度が機能していない場合に、当委員会のような独立した機関が行政処分できる制度を作成した方が、現実的であるので、その普及の推進を要望致します。

7、米国が1995年に設立した全米患者安全基金(National Patient Safety Foundation ; NPSF)のような経済的救済制度や、患者さんの気持ちを汲み取る Medical Mediatorの制度を発足する事が患者さんへの最も良い制度設計になる事を提言致します。

8、事故調査と患者さん救済制度は分ける事を提言致します。

平成20年5月2日

「医療の安全の確保に向けた医療事故による死亡の原因究明・再発防止等の在り方に関する試案－第三次試案－」に対する意見について

愛知県保険医協会 勤務医の会
代表 中川 武夫

(1) 医療関係者の責任追及でなく医療事故再発防止のための制度へと厚労省の基本姿勢の変更を求める

先の「二次試案」について、多くの医療関係者が危惧し、問題があると指摘したのは、試案の「医療事故調査制度」がもつぱら医師と医療機関の責任追及を目的としており、制度の運用が医療事故の再発防止のためになるどころか、医療崩壊を加速しかねないものであるという点であった。

「三次試案」ではこれらの意見を受けて、「はじめに」(2)の部分で述べられていた「遺族の願いは、反省・謝罪、責任の追及、再発防止であると言われる。これらの全ての基礎になるものが、原因究明であり」などの言葉が削除され、「委員会の設置」の(7)で「委員会は、医療関係者の責任追及を目的としたものではない」とするなど、責任追及の目的が文章上に明らかであった部分を削除し、あるいは言い換え、具体的な事例により説明を加えるなど配慮が伺える。特に、医師法21条についてはその改正に言及している。

しかし、組織、届出範囲、届出義務、捜査機関への通知、報告書の裁判資料としての利用、個人の行政処分の拡大などの具体的な問題点についてはほぼ踏襲されており、当初からの枠組みを引き継いだものとなっている。

たとえば「二次試案」でもっとも問題とされ批判の対象となった、この委員会が「重大な過失」があるとした場合に、警察・検察への通知を行うこと、届け出義務を課した上で怠った医療機関と特別な場合には医師個人への行政処分を行うことが引き続き明記されている。(39)、(40)

言葉の削除、言い換えだけでは、この制度が医療関係者への責任追及に重きを置いているとの「二次試案」への批判に答えていることにはならない。警察・検察への通知を行うとの文言は削除すべきである。再発防止のために「医療事故」の原因を冷静に分析、評価することができる中立的な専門機関が求められているのであり、この基本に戻って案を検討し直す必要がある。

「医療事故」防止のために厚労省が取り組むべき優先課題は、このような懲罰的な原因究明制度を立ち上げるのではなく、現在の医療費抑制政策による診療報酬が病院を疲弊させ、勤務医や看護師に「医療事故」に直結する過剰な勤務実態を強めていることなど「厚労省の施策」が「医療事故」再発防止を

妨げている「原因」となっており、その「原因究明」と是正こそが、まず求められているのではないか。医療費抑制策、低診療報酬の見直しなしに、どのような「医療事故調査制度」を設けても、改善が担保されることはないであろう。

(2) 医師法 21 条問題は立法趣旨に立ち返った議論を

医師法 21 条の改正問題についても、「三次試案」の「捜査機関への通知」(39)で「医療機関に対して医療死亡事故の届出を義務付け、届出があった場合には医師法第 21 条の届出を不要とすることを踏まえ、地方委員会が届出を受けた事例の中にこのような事例を認めた場合については、捜査機関に適時適切に通知を行うこととする」として誤った医師法 21 条の解釈を踏襲し、委員会が捜査機関へ通知を行う根拠としている。これでは、医師法 21 条をどのように改正しても、「医療安全調査委員会」によって届出の内容が疑われ、警察・検察に通報されるという事態がおきかねない。医師法 21 条の法案創設の趣旨に返って論ずれば、本来警察への届出が求められる「故意による犯罪」は「医療安全調査委員会」への届出対象となるものではない。「医師法 21 条」問題については法の本来の趣旨に戻すことをまず行うべきで、「医療安全調査委員会」がこの補完的役割を果たすことは論外と思われる。

(3) 刑法 211 条、業務上過失致死傷罪との関係

警察・検察との関係について「捜査機関との関係について」として関連資料が出されている。その「問 1」への回答で「刑事手続については、委員会の専門的な判断を尊重し、委員会からの通知の有無や行政処分の実施状況等を踏まえつつ、対応することになる。その結果、刑事手続の対象は、故意や重大な過失のある事例その他悪質な事例に事実上限定されるなど、謙抑的な対応が行われることとなる」。「問 3」への回答では「検察の起訴や刑事処分は、行政処分の実施状況等を踏まえつつ行われることになる。したがって、現状と比べ大きな違いが生ずることとなる」と、事故調査制度により「謙抑的」な対応が行われると説明している。しかし、4月4日の衆議院厚生労働委員会で岡本みつり議員が、4月22日には同じく衆議院の決算行政監視委員会第四分科会において橋本岳議員が法務省・警察庁担当者に「医療安全調査委員会に届け出れば捜査、刑事訴追を受けないのか」との趣旨の質問を行い、警察・検察双方とも厚労省と「謙抑的」に行うとの覚書などを取り交わしたことがなく、患者、遺族から刑事処分を求める訴えそのものを妨げることはできず、警察・検察はそれぞれの法令根拠に基づいて捜査、訴追を決めると明確に回答している。

刑事訴訟法の法理によれば、刑事訴追はもともと「謙抑的」に行われなければならないものであり、「濫用」してはならないものである。しかし、昨今の被害者の懲罰感情に同情的な世論とこれに追随する司法のあり方を見ると、「死亡」という重大な結果への「反省」「責任追及」のために「業務上過失致死傷罪」の適用が求められる事例が増えることが危惧されるが、「三次試案」に基づく事故調査制度ではこれを抑える明確な根拠とはなりえない。むしろ、「二次試案」への批判として出された、調査結果の公表や利用を認めていることから調査が医療機関自体に不利益をもたらすのではないかとの不安は払拭されないままとなっている。

また、医療だけの問題ではないが刑法 211 条の「過失」への厳罰化の傾向に対して、個人責任の追

及をもって解決とせず、組織やシステムの欠陥として「過失」を受け止め、引き続くエラーを起こさない解決となるよう、業務上過失致死傷罪の改正を視野に入れた働きかけを、厚労省としても行うべきと考える。

(4) 医療事故再発防止のための総合的な対策を求める

「三次試案」に基づく医療事故調査制度の法案化には反対である。

医療事故の再発防止のための客観的な原因究明とその対策があつて、「医療事故調査制度」の役割が果たせるものと思われるが、現在の「医療崩壊」の危機的状況にあつて医療機関と勤務医師を始めとする医療従事者の自助努力のみに重きをおいた施策ではすでに対応は限界近くになっており不可能である。

「医療事故調査制度」は医療制度を含め、直面している日本医療の危機を総合的に改善するための施策の一つとして位置付け、大幅に内容を見直すべきである。客観的に事故原因を調査、分析するための専門家による中立的な機関とし、患者・遺族との問題解決のためには「三次試案」でも触れられている裁判外紛争処理や医療メディエーターの育成などへの助成を行うべきである。

以上

平成20年5月2日

「医療の安全の確保に向けた医療事故による死亡の原因究明・再発防止等の在り方に関する試案—第三次試案—」に対する意見について

・団体名 陣痛促進剤による被害を考える会
代表者氏名 出元 明美

死亡事故の原因究明を行い、その情報を共有することで事故の再発を防止することになるので、誰に遠慮することなく、是非行っていただきたいと思う。

これまで、自然死以外の医療事故のような死亡であっても、患者遺族側に対する事実説明が十分なされていないことは、日常的に聞くことである。

大学病院等では、事故調査委員会なるものを発足させるが、その中に遺族が傍聴を希望しても拒否されたり、返事を保留されている間に委員会を早朝に開催して、遺族が参加できないようなされたというような相談もあった。

委員会からの遺族への聞き取り調査もないというような状況で、病院には過失がないという結果を出されたのでは、ますます病院に対しての不信感は募るので、きちんとしたシステム作りが重要であり、政府が行おうとしている試案が整備され運営されることによって、委員会がまとめた事故内容を共有することにもなり、よって事故の再発防止にも繋がるので、廃案にすることなく、実行性のあるものとしていただきたく思う。

【委員会の設置】

(6) 医療死亡事故ではないにしても、重大な後遺障害を負った事例、分娩時の胎児死亡(死産)についても、同様の制度設計を望むものである。

(7) 「医療死亡事故」の原因究明を行うことを趣旨として本制度を立ち上げるのであるから、原因究明をする中で、医療関係者の責任問題に発展することはあるわけだから、ここで、あえて『医療関係者の責任追及を目的としたものではない』との記載は、すべきではない。

【医療死亡事故の届出】

(16～21) 「死亡を予期しなかったものに限る」との記載が腑に落ちない。分娩などで、診療所から大きな病院に転送された患者について、転送されてきた時にすでに死亡するのを予期することは多いと思うので、不合理である。

前医が行った医療に起因すると疑われる場合の対処の仕方について、明文化すべき。

行うべき医療行為を行わなかったことが起因すると考えられる場合の対処の仕方も明文化すべき。

当委員会に届け出た事例は、「医師法21条に基づく異状死の届出は不要とする」ことには、反対である。警察への届出と並行して行い、委員会での結論を警察が参考にする等で活用するのが良いと考える。

(22)の「届出範囲に該当すると管理者は判断したにもかかわらず、故意に届出を怠った場合又は虚偽の届出を行った場合・・・」との記述があるが、どのような形で、その事実が判明すると考えているのか。

医療機関が「届出範囲に該当しないと思った」と言えば、届出の必要性はないものと判断できるのではないかと考えられるので、逃げ道のないような制度作りが必要だと思うので、さらなる考えをめぐらせることを期待する。

(23)の本来、届出が必要な事例であると思われるものであっても、「届出不要と判断する」ことは、医療機関としてはよくあること。実際、遺族にしてみれば、当然届出してもらいたい事例であっても、医療機関の独自の判断で届出がされなかった場合において、委員会で「届出すべき事例であったか否か」を判断するような仕組みを作っていたいただきたい。その中で、届出すべきであったと判断した場合は、委員会が病院名を公表し、適切に届け出られるように強い指導力を発揮できるように願う。

【地方委員会による調査】

(27)③の、『これらの評価・検討は、医療関係者の責任追及を目的としたものではない』との記載は、(7)で記述したように、すべきではない。

⑤の、医療従事者等の関係者が、地方委員会からの質問に対して、答えることは、強制されないならば、行った医療の正確性が問えないので、地方委員会からの質問には、必ず誠実に答えることを明記すべきである。

⑥の「個別事例の調査を終える前に遺族から意見を聴く機会を設ける」とあるが、これは、まず早い段階に遺族から意見を聴き、さらに、まとめた段階で、事実経過があっているかについての確認をする意味で、再度、意見を聴く機会を設けることが重要であると思う。

【捜査機関への通知】

(39)(40)診療録の改ざんは、行われた医療の真実を曲げるものであり、証明妨害となる。現行では、この行為自体を「犯罪」として罰する法律が存在しないので、「公文書偽造」ではなく、「カルテ改ざん」に対する罰則規定を、カルテに限局した罰則として法整備する必要がある。

【行政処分】

(48)医療事故は、システムエラーに起因することが多いとの記述を目にすることがあるが、分娩事故の相談を長年受けてきた者として感ずるのは、個人の資質に起因することの方が多ということである。医療のレベルアップが必要な場合は、再教育に重点をおくことが重要である。